

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2007-2008

9 januari 2008

**GEZONDHEIDSDOELSTELLING
INZAKE HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR BORSTKANKER**

GEDACHTEWISSELING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door de heer Tom Dehaene**

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Luc Martens.

Vaste leden:

mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack,
de dames Greet Van Linter, Gerda Van Steenberge;

mevrouw Sonja Claes, de heer Tom Dehaene, mevrouw Vera
Jans, de heer Luc Martens;

de dames Margriet Hermans, Anne Marie Hoebeke, Vera Van
der Borgh;

de heer Bart Caron, mevrouw Elke Roex, de heer Bart Van
Malderen.

Plaatsvervangers:

de heer Erik Arckens, mevrouw Agnes Bruyninckx, de heer
Johan Deckmyn, mevrouw An Michiels, de heer Leo Pieters;

mevrouw Cathy Berx, de heer Paul Delva, de dames Cindy
Franssen, Trees Merckx-Van Goey;

de heer Marc Cordeel, mevrouw Hilde Eeckhout, de heer Bob
Verstraete;

de dames Else De Wachter, Michèle Hostekint, Els Robeyns.

Toegevoegde leden:

mevrouw Mieke Vogels;

mevrouw Helga Stevens.

Zie:

1244 (2006-2007)

– Nr. 1: Nota gezondheidsdoelstelling

INHOUD

Blz.

1. Toelichting door de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
2. Bespreking	8
3. Stemming	15

DAMES EN HEREN,

De Gezondheidsdoelstelling inzake het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, ingediend door mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, werd op 3 juli en 18 oktober 2007 besproken in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De heer Steven Vanackere, die op 27 juni 2007 mevrouw Inge Vervotte opvolgde als minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, nam het dossier van haar over.

Conform artikel 18 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, wordt dit door de Vlaamse Regering aanvaarde voorstel van herziene Vlaamse gezondheidsdoelstelling ter goedkeuring voorgelegd aan het Vlaams Parlement.

Op 3 juli 2007 werd de gezondheidsdoelstelling toegelicht door de minister. Op 18 oktober werd ze besproken en goedgekeurd.

1. Toelichting door de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Minister *Steven Vanackere* licht toe dat er vóór 1998 nauwelijks sprake was van een planmatig Vlaams preventief gezondheidsbeleid. De formulering van vijf gezondheidsdoelstellingen door mevrouw Demeester-De Meyer in dat jaar gaf een belangrijke en vooral richtinggevende impuls aan de uitbouw van een wetenschappelijk onderbouwde en kwaliteitsvolle preventie. Op basis van deze gezondheidsdoelstellingen werd een resultaatgerichte preventieve gezondheidszorg uitgebouwd, waarbij de inspanningen van de organisaties die met de Vlaamse overheid samenwerken, op elkaar konden worden afgestemd en georiënteerd naar een gezamenlijk doel.

Gezondheidsdoelstellingen zijn sindsdien een leidraad geworden voor het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Om dit te versterken, werden ze verankerd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

In dit decreet wordt gezondheidsdoelstelling gedefinieerd als “een op vlak van gezondheid na te streven specifieke, meetbare, aanvaardbare, realiseerbare en tijdsgebonden doelstelling (SMART), die op initiatief van de Vlaamse Regering wordt goedgekeurd door het Vlaams Parlement”. Een gezondheidsdoelstelling heeft vooral een mobiliserend karakter. Ze bevordert de samenwerking tussen de verschillende actoren en creëert een dynamiek om vanuit een gemeenschappelijk belang te werken aan de gezondheid van de mensen.

Het formuleren van een voorstel van een nieuwe of te herziene gezondheidsdoelstelling gebeurt in de eerste plaats in een gezondheidsconferentie. Dit begrip wordt geïntroduceerd in het decreet om, zo leert ons de memorie van toelichting, een onderdeel uit te maken van de beleidsvoorbereidende processen wanneer het gaat om belangrijke nieuwe thema's of om een inhoudelijke bijsturing van het gezondheidsbeleid. De uitbreiding van de kankerscreening zou dus starten met een maatschappelijke en politieke sensibilisatie, te beginnen met een gezondheidsconferentie.

De gezondheidsconferentie moet een breed maatschappelijk draagvlak creëren voor het voorstel van gezondheidsdoelstelling, wat een belangrijke voorwaarde is voor het realiseren ervan. De goedkeuring door de Vlaamse Regering en door het Vlaams Parlement moeten dit draagvlak nog versterken op politiek vlak.

De Vlaamse overheid stelde zich in 1998 als doel om tegen 2002 75 percent van de vrouwen van 50 tot en met 69 jaar te bereiken met een screeningsmammografie. Ook moest het aandeel van de ‘evidence based screenings’ bij die doelgroep toenemen tot 80 percent.

Op het einde van 2006 bedroeg de deelnamegraad van de vrouwen uit de doelgroep 40 percent. Op het einde van 2005 was dit slechts 37 percent. De ambitie om drie kwart van de vrouwen te bereiken is dus niet gehaald. Een vooruitgang van drie percent per jaar is minimaal.

De gezondheidsdoelstelling blijft dus actueel. Om het beleid dat gericht is op gezondheidswinst op bevolkingsniveau, te kunnen voortzetten, moesten de doelstellingen geëvalueerd en geactualiseerd worden. De herformulering en verlenging van de gezondheidsdoelstelling rond borstkanker was dan ook het uiteindelijke doel van de gezondheidsconferentie op 16 december 2005.

Borstkanker vormt nog steeds een belangrijk gezondheidsprobleem. In 2003 overleden er in Vlaanderen nog altijd meer dan honderd vrouwen per maand aan borstkanker. In elk geval staat vast dat een blijvende aandacht van het beleid noodzakelijk is en blijft om voor borstkanker, waar elf op honderd vrouwen voor hun 75ste verjaardag mee te maken krijgen, een accurate preventieve zorg aan te bieden.

Bij het begin van de gezondheidsconferentie formuleerde gewezen minister Vervotte haar verwachtingen ten aanzien van het voorstel van gezondheidsdoelstelling. Die moest wetenschappelijk onderbouwd, meetbaar, haalbaar, resultaatgericht en mobiliserend zijn. Bovendien moest over het voorstel ook

een consensus bestaan. Daarbij mocht men twee belangrijke elementen niet uit het oog verliezen, namelijk een voldoende grote deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en de kwaliteit van het programma. Die kwaliteit wordt voornamelijk bepaald door het vinden van de kanker in een vroeg stadium, waarbij een succesvolle behandeling mogelijk is, zonder al te veel hinder voor de vrouw. Dat impliceert een goed evenwicht tussen ‘geen kankers missen’ en ‘niet onnodig ongerust maken’.

Rekening houdend met al deze elementen stelde de gezondheidsconferentie volgende gezondheidsdoelstelling voor: “Tegen 2012 verloopt het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar doelmatiger, dat wil zeggen dat voldoende vrouwen deelnemen, dat meer kankers tijdig gevonden worden en dat er zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken gebeuren.”.

Dat betekent concreet dat 75 percent van de vrouwen uit de doelgroep deelnemen aan het bevolkingsonderzoek; dat bij een eerste screening ten minste 25 percent en bij een vervolgscreening minstens 30 percent van de gevonden (invasieve) kankers niet groter is dan een centimeter; en dat niet meer dan vijf percent van de deelnemende vrouwen opgeroepen wordt voor verder opvolgingsonderzoek. Als de kanker niet groter is dan een centimeter, bedraagt de overlevingskans 98 percent. Dat is dus een parameter voor een tijdig optreden.

Het uiteindelijke doel van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is het verminderen van de sterfte door borstkanker. Oorzaakspecifieke sterftereductie is niet vanzelfsprekend als gezondheidsdoelstelling. Het effect op de sterftcijfers is doorgaans pas na een tiental jaar merkbaar. De evolutie van de sterfte wordt beïnvloed door tal van andere factoren dan het bevolkingsonderzoek, onder meer de alertheid van de bevolking voor borstkanker, de verbeterde toegankelijkheid van diagnostiek en behandeling, de verbeterde diagnostiek en de verbeterde behandeling.

Het was dus nodig op zoek te gaan naar sneller beschikbare surrogaat-effectindicatoren die rechtstreeks verband houden met het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Uiteraard kan de doeltreffendheid van het bevolkingsonderzoek niet door één indicator worden gevat.

Zo is het minstens noodzakelijk de dekkingsgraad mee in rekening te brengen. De dekkingsgraad, het eerste onderdeel van het voorstel van gezondheidsdoelstelling, zat ook al vervat in de oude gezondheidsdoelstelling. Het belang van een voldoende hoge deelname blijft actueel, aangezien uit de evaluatie duidelijk blijkt dat het doel – 75 percent – nog niet bereikt is. Door die norm te handhaven ver-

schuift het gewicht naar het actieplan, dat een snellere vooruitgang dan drie percent per jaar mogelijk moet maken. De gezondheidsconferentie houdt de norm aan die in de Europese aanbevelingen inzake mammografische screening als wenselijk wordt vooropgesteld, met name 75 percent. Er bestaat consensus over de haalbaarheid van die norm op middellange termijn.

Een hoge of lage opkomst heeft geen invloed op het voordeel voor de individuele vrouw die deelneemt: elke vrouw die regelmatig deelneemt aan het bevolkingsonderzoek, reduceert haar risico om te overlijden aan borstkanker met meer dan de helft. Een hoge participatiegraad is echter van ontzettend groot belang voor de volksgezondheid. Onderzoek heeft immers uitgewezen dat hoe hoger de opkomst is, hoe groter ook de sterftereductie op bevolkingsniveau. Bij een hypothetische opkomst van 100 percent is er een maximaal mogelijke sterftereductie ten gevolge van borstkanker van 40 percent. Bij een opkomst van 70 percent daalt de sterftereductie tot 28 percent en bij een opkomst van 60 percent is de sterftereductie teruggebracht tot minder dan 20 percent. Het hoeft geen betoog dat het ook politiek van groot belang is te kunnen aantonen dat een door de overheid financieel ondersteund screeningsprogramma een aantoonbaar positief gezondheidseffect heeft op bevolkingsniveau.

De onderdelen 2 en 3 van het voorstel van te herziene gezondheidsdoelstelling zijn nieuw. Ze omschrijven de behoefte aan een hoog kwaliteitsniveau van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Naast een voldoende hoge deelname is deze kwaliteit namelijk essentieel voor het behalen van gezondheidswinst op bevolkingsniveau.

De keuze voor het tweede onderdeel, met name het tijdig vinden van de kanker, vloeit voort uit de wetenschappelijke literatuur en uit gezond verstand. Een cruciaal moment in de evolutie van een borstkanker is het optreden van uitzaaiingen. Niet de borstkanker zelf, maar wel de fatale interferentie van uitzaaiingen met de functies van vitale organen zoals lever en longen, veroorzaakt het overlijden van een borstkankerpatiënt. Aangezien de kans op uitzaaiingen stijgt met de toenemende grootte van de borstkanker, moet het bevolkingsonderzoek naar borstkanker vooral op zoek gaan naar kleinere tumoren zonder lymfeklier- of andere aantastingen. Het is bekend dat bij dergelijke tumoren een vijfjaarsoverleving van 98 percent bereikt wordt, in tegenstelling tot grotere tumoren met lymfeklier- of orgaanaantastingen. Ook geven die tumoren een veel grotere kans op een minder ingrijpende en toch succesvolle behandeling. De norm in dit tweede onderdeel kan teruggevonden worden in de Europese aanbevelingen inzake mammografische screening. Belangrijk is

ook het onderscheid tussen de eerste screening van de vrouw en de vervolgscreenings. Zo moet bij vervolgscreenings, bij de diagnose van kanker, het aandeel kleine tumoren groter zijn dan bij een eerste screening. Dat heeft te maken met de kwaliteit van de doorverwijzing. Deze formulering heeft tot doel onnodige verwijzingen te voorkomen, maar de noodzakelijke verwijzingen te bevorderen.

Het voldoende frequent vinden van kleine tumoren is tegelijk een onrechtstreekse indicator voor het voorkomen van vals negatieve resultaten. Als voldoende kleine tumoren worden gevonden, is – op populatieniveau – de kans kleiner dat tumoren niet gevonden worden. Anders gezegd, het voldoende frequent vinden van kleine tumoren is een maat voor een voldoende fijnmazigheid van de opsporingstechniek.

Ook voor dit tweede onderdeel koos de gezondheidsconferentie de wenselijke norm van de Europese aanbevelingen. Uit de evaluatie van de cijfers van het kankerregister voor de periode 1997-2001 blijkt dat gemiddeld 15 percent van de gevonden borstkankers kleiner of gelijk is aan een centimeter. Het aandeel kleine kankers bij diagnose steeg in de loop van deze periode. Dat heeft onder meer te maken met de proefprojecten met betrekking tot borstkankerscreening die dit bevolkingsonderzoek voorafgingen. De vooropgestelde wenselijke normen voor de eerste screening en voor de vervolgscreenings werden dan ook als haalbaar gezien door de gezondheidsconferentie.

Het derde onderdeel van het voorstel van gezondheidsdoelstelling, namelijk dat er zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken zouden worden uitgevoerd, stelt de gezondheidswinst en de levenskwaliteit van de vrouw centraal. De fysische en technische kwaliteitscontroles en de dubbele lezing van de screeningsmammografieën moeten de kwaliteit van het beoordelingsproces garanderen, wat moet bijdragen tot een correct screeningsresultaat.

Vals positieve screeningsresultaten, waarbij de vrouw onnodig wordt doorgestuurd voor verder onderzoek, belasten het gezondheidsbudget, maar hebben ook nadelige gevolgen voor de vrouw, wat nog belangrijker is. Zij wordt blootgesteld aan een aantal onderzoeken zoals nieuwe mammografieën, echografieën en meer ingrijpende onderzoeken zoals biopsieën, waarbij telkens haar fysieke integriteit wordt belast. Daarenboven kunnen vals positieve resultaten gezonde vrouwen nodeloos ongerust maken. Het gevaar bestaat dat de vrouw uit angst om dit opnieuw mee te maken haar deelname aan het bevolkingsonderzoek stopzet. Dat moet zeker voorkomen worden, temeer omdat het ook de zin van het bevolkingsonderzoek ondergraaft.

Elke screening en elk bevolkingsonderzoek kent beperkingen. Het voorstel van gezondheidsdoelstelling draagt bij tot een zo groot mogelijke gezondheidswinst aan een aanvaardbare kostprijs door de Europese aanbevelingen maximaal op te volgen en door de deelnamegraad en de kwaliteitsbewaking in rekening te brengen.

Aan de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) werd advies gevraagd over dit voorstel van gezondheidsdoelstelling. De VGR ging akkoord met het voorstel, maar stelde voor om de concretisering aan te vullen met de bepaling dat onnodige ingrepen voorkomen moesten worden.

De voltallige Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsporing ging op 12 oktober 2006 akkoord met de herformulering van de concretisering, met uitzondering van de toevoeging van het laatste element, namelijk dat onnodige ingrepen voorkomen moesten worden. Om aan de bezorgdheid van de VGR tegemoet te komen, zal het laatste element van de concretisering als volgt aangevuld worden: “dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer bedraagt dan vijf percent, zodat het aantal overbodige onderzoeken wordt beperkt”. Deze formulering sluit nauwer aan bij de doelstellingen van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker zelf en bij de mogelijke impact van het gezondheidsbeleid binnen de Vlaamse bevoegdheden.

Dit ontwerp van nieuwe gezondheidsdoelstelling werd op 26 januari 2007 voorgelegd aan de Vlaamse Regering, die het principieel goedkeurde. Overeenkomstig het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, vraagt de minister dat het Vlaams Parlement de hernieuwde gezondheidsdoelstelling zou goedkeuren.

De doelstelling wordt niet minder ambitieus, want ze wordt kwalitatief beter ingevuld. De streefdatum wordt wel verschoven. Gezien het nu gerealiseerde percentage, getuigt het van redelijkheid om de termijn te verlengen. Om de geherformuleerde gezondheidsdoelstelling te realiseren, werd een actieplan opgesteld. In essentie gaat het om een verdieping of intensifiëring van een aantal bestaande elementen en om een toevoeging van een aantal nieuwe elementen, vooral omdat het bevolkingsonderzoek bijna zes jaar bestaat. Het actieplan is gebaseerd op de voorstellen van verbetering en van actie die tijdens de gezondheidsconferentie werden geformuleerd.

De Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsporing is een belangrijk beleidsinstrument om een kwaliteitsvol bevolkingsonderzoek naar borstkanker te kunnen blijven organiseren. De werkgroep steunt het bevolkingsonderzoek naar borstkanker inhoudelijk en organisatorisch en omvat alle actoren die betrokken

zijn bij het bevolkingsonderzoek. De afspraken, in consensus gemaakt in de werkgroep, zijn gebundeld in het draaiboek van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De meest recente versie van dit draaiboek staat gepubliceerd op de website www.zorg-en-gezondheid.be/draaiboekborstkankeropsparing.aspx.

In het eerste onderdeel van het voorstel van gezondheidsdoelstelling heeft men het over de deelname van de doelgroep. Het is zeker noodzakelijk om een aantal acties te ondernemen om de deelnamegraad te verhogen. Sommige voorstellen hebben betrekking op federale bevoegdheden. Samen moeten ze bijdragen tot het bereiken van een grotere participatiegraad.

Een eerste voorstel van de gezondheidsconferentie betreft het nivelleren van de honorering van screenings- en niet-screeningsmammografieën, ook diagnostische mammografieën genoemd. Aangezien de honorering van diagnostische mammografieën hoger is dan die van screeningsmammografieën, wordt bij een deel van de vrouwen uit de doelgroep vaak onterecht een diagnostische mammografie uitgevoerd. Door het nivelleren van de honorering kan de arts aangemoedigd worden om een screeningsmammografie voor te schrijven wanneer dat aangewezen is. De VGR geeft in zijn advies van 29 september 2006 wel mee dat het niet haalbaar en ook niet wenselijk is de honorering van diagnostische mammografieën en screeningsmammografieën te nivelleren. Een diagnostische mammografie is immers gericht op het stellen van een diagnose bij een vermoeden van afwijking. Dat vergt meer tijd en bijgevolg moet het hoger worden gehonoreerd dan een screeningsmammografie.

De VGR pleit daarom voor maatregelen om het on-eigenlijke gebruik van niet-screeningsmammografieën te verhinderen. Vermits hiervoor federale initiatieven nodig zijn, zal de minister overleg plegen met de federale minister van Volksgezondheid.

Een tweede voorstel betreft de regelmatige feedback aan huisartsen en gynaecologen over hun voorschrijfgedrag betreffende mammografieën. Zo wil men hun engagement versterken en hen aanmoedigen om correct mee te werken aan het bevolkingsonderzoek. Men wil huisartsen en gynaecologen mobiliseren om vrouwen aan te sporen tot deelname aan het bevolkingsonderzoek, hetzij via verwijzing, hetzij via oproep.

Op initiatief van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie werd in 2006 een feedbackrapport opgesteld over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Dat rapport werd verzonden aan huisartsen, gynaecologen en radiologen die mammografieën uitvoeren. Het was de bedoeling de artsen te infor-

meren over de wetenschappelijke aanbevelingen met betrekking tot de vroegtijdige opsporing van borstkanker in de algemene bevolking. Het onderscheid tussen georganiseerde screening en diagnostisch onderzoek en de sleutelrol van de artsen bij de opsporing werden daarbij benadrukt. Voorts wil men de huisartsen en gynaecologen vertellen hoeveel van hun vrouwelijke patiënten van 50 tot 69 jaar er in de periode 2001-2004 onderzocht werden door middel van een mammografie. Ten slotte wil men de radiologen cijfers aanreiken over het aantal mammografieën dat zij in de periode 2001-2004 uitvoerden bij vrouwen van 50 tot 69 jaar.

Een dergelijk rapport vormt een belangrijk instrument om de artsen bewust te maken van hun prestaties binnen het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker en om hun, via een bespreking in de lokale kringen, de mogelijkheid te geven om hierin de nodige verandering te brengen.

Binnen de Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsparing worden afspraken gemaakt om – ook vanuit het Vlaamse niveau – vanuit de screeningscentra op basis van de registratiegegevens feedback te bezorgen naar de diverse actoren zoals de initiatieven lokaal gezondheidsoverleg (LOGO) en de huisartsen.

Domus Medica vzw maakt onder meer werk van de verbetering van de medische softwarepakketten van de huisartsen. Dergelijke software biedt de arts ondersteuning bij het beheren van de elektronische patiëntendossiers en bij het doorverwijzen van de vrouwen uit de doelgroep voor een screeningsmammografie.

Dezelfde vereniging verzorgt ook vormingsinitiatieven voor huisartsen om de deskundigheid inzake borstkankeropsparing te bevorderen.

Een derde voorstel betreft de verbetering van sensibiliseringsinitiatieven. Uit de gezondheidsconferentie kwam duidelijk naar voren dat sensibiliseringsinitiatieven op goede gegevens gebaseerd moeten zijn en dat ze geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd moeten worden. Daarbij moet de sensibilisatie ook gedifferentieerd worden naar de doelgroep, in functie van de niet-bereikte vrouwen, de vrouwen die na een deelname niet meer opnieuw deelnemen (de drop-outs) en de vrouwen die ten onrechte een diagnostische mammografie krijgen. In het najaar van 2006 werd hiervoor een onderzoek opgestart, dat zich richt naar de non-participatie van de vrouwen uit de doelgroep. De kennis over non-participatie is heel belangrijk voor het ontwikkelen en organiseren van sensibiliseringsinitiatieven die afgestemd zijn op de doelgroep. De resultaten hiervan worden verwacht in de loop van 2008.

Een vierde voorstel omvat het organiseren van sensibiliseringscampagnes op twee niveaus – Vlaams en locoregionaal – met als doel kennisverhoging bij de doelgroep met betrekking tot de kwaliteit van het screeningsprogramma. Om nog meer aansluiting te krijgen met de doelgroep werd de Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsporing uitgebreid met een vertegenwoordiger van de vrouwenverenigingen.

In het najaar van 2006 en in het voorjaar van 2007 vond de campagne Kom Op Tegen Kanker plaats, die in het teken stond van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Dat heeft de zichtbaarheid van het bevolkingsonderzoek weer wat verhoogd, wat blijkt uit de vele vragen die naar aanleiding van de campagne werden gesteld door de vrouwen uit de doelgroep.

Een vijfde en laatste voorstel betreft de aandacht voor marketing en communicatie. Er werd gekozen voor een uniforme huisstijl voor het product screeningsmammografie en bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Dat wordt gevisibiliseerd door een nieuw icoon.

Jaarlijks wordt een studiedag georganiseerd over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De eerste dag vond plaats op 14 december 2006. Dat is een uitgelezen moment om van gedachten te wisselen over een aantal vooraf bepaalde aspecten van het bevolkingsonderzoek en om een stand van zaken te geven over de uitvoering ervan.

Belangrijke parameters voor de kwaliteit van het screeningsproces zijn het tweede en het derde punt van het voorstel van gezondheidsdoelstelling. Volgende voorstellen voor verbetering en actie werden aangehaald door de gezondheidsconferentie: de fysisch-technische en radiografische kwaliteitseisen moeten gelden voor alle mammografieën en de radiologen moeten geregeld feedback krijgen over de kwaliteit die ze leveren.

Opvallende wijzigingen zijn het onderscheid tussen de kwaliteitscontrole voor de klassieke en voor de digitale screeningsmammografie en de specificatie van de hoedanigheid van de deskundigen die de testen uitvoeren. In het huidige besluit worden daarenboven voorwaarden bepaald om de machtiging te behouden. Het gaat onder meer om de intercollegiale toetsing en om de rapportering aan de overheid.

De toelating van de digitale screening in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is al sinds 28 april 2005 een feit. Gezien de vrij experimentele fase waarin de digitale screening zich internationaal nog bevindt en de pioniersrol die de Vlaamse overheid speelt in het toelaten van deze screening in een bevolkingsonderzoek, wordt de toelating van dichtbij

gevolgd. Een van de grote voordelen van digitale screening is dat secundaire effecten zoals stralingsrisico voorkomen worden. De digitale screening zal zoveel mogelijk gefaciliteerd worden.

Het systeem van dubbele lezing – een tweede lezing zonder inzage van het besluit van de eerste lezing – vormt een kwaliteitsgarantie voor de juistheid van het screeningsresultaat.

Alle voorgaande acties impliceren een degelijke en nauwkeurige registratie van het screeningsproces en van de resultaten ervan. Zonder registratiegegevens kan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker niet op kwaliteit en nut worden geëvalueerd en kunnen de effecten van de acties niet gemeten en zichtbaar worden gemaakt. De verdere evolutie en optimalisering van het bestaande registratiesysteem Heracles vormt dan ook een belangrijke en onontbeerlijke actie in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De minister gaat ervan uit dat tegen 2012 een tastbare verbetering van de situatie mogelijk is.

In overeenstemming met artikel 18, §2, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, vraagt de minister dat de gezondheidsdoelstelling inzake borstkankerscreening zou worden goedgekeurd door het Vlaams Parlement.

2. Bespreking

In het kader van deze gedachtewisseling licht mevrouw *Elke Roex* een vraag toe die ze als vraag om uitleg had ingediend.

Het preventieve onderzoek bereikt op dit ogenblik slechts 40 percent van de vrouwen uit de doelgroep, terwijl het streefcijfer 75 percent was. De minister is van oordeel dat huisartsen aan te weinig patiënten een borstsonderzoek aanraden. Daarom onderzoekt hij de mogelijkheid om huisartsen te stimuleren om patiënten uit de doelgroep actief door te verwijzen. Hij overweegt meer bepaald een financiële beloning voor huisartsen die een bepaald aantal patiënten doorverwijzen naar screeningscentra. Hij wil echter eerst nog nagaan of dat niet het risico inhoudt dat huisartsen zich te veel op die doelgroep zullen richten.

Om de toepassing van het voorstel van de minister mogelijk te maken, is er waarschijnlijk een interministerieel overleg nodig tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus. Er is namelijk nog onduidelijkheid over de bevoegdheidsverdeling. Minister Vanackere is bevoegd voor gezondheidspreventie, maar de betaling van de huisartsen valt onder de federale overheidsdienst Volksgezondheid. De mi-

nister is er naar verluidt van overtuigd dat hij bevoegd is om die maatregel te nemen.

Sp.a heeft in dat verband een systeem van 'target payments' voorgesteld. In Engeland bestaat een dergelijk systeem al. In België zouden de targets kunnen worden gekoppeld aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, die ruimer zijn dan borstkankerpreventie alleen. Het kan ook gaan om het griepvaccin, het baarmoederhalskankervaccin, de rookpreventie enzovoort. Dan zou preventie in het algemeen beloond worden door middel van forfaitaire of andere premies voor de huisarts. Sp.a stelt voor dat de bepalingen alleen zouden gelden voor patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). Alleen dan kan men nagaan welke patiënt bij welke huisarts hoort. Nu al kan de GMD-vergoeding verhoogd worden bij chronische aandoeningen zoals diabetes. Om te voorkomen dat huisartsen zich alleen richten tot de gemakkelijk te bereiken doelgroepen, kan de premie eventueel ook gekoppeld worden aan het OMNIO-statuuut.

De minister stelt dus voor om huisartsen die hun patiënten doorverwijzen naar de mammografische screening, daarvoor te belonen. Mevrouw Roex wil echter voorkomen dat artsen, vooral dan in de betere wijken, gesubsidieerd worden zonder dat ze iets extra moeten doen. Daarom moet het systeem volgens haar op meerdere parameters berusten. Ze wil weten of de minister inderdaad een systeem van target payments wil invoeren en hoe hij dat concreet ziet. Hoe past dat in een ruimer preventiebeleid? Hoe zal dat afgestemd worden op de federale maatregelen?

Ze merkt op dat een dergelijk Vlaams systeem moeilijk toepasbaar is in Brussel. Ze zou graag vernemen welke oplossingen de minister daarvoor al bedacht heeft. In Brussel is de participatie aan borstkankerscreening nog lager dan in Vlaanderen. De Vlaamse en de Franse Gemeenschap werken samen in het coördinatiecentrum Brumammo. Door technische problemen met de verzending van de uitnodigingen waren in de periode tussen 2002 en 2005 slechts 65 percent van de adressen correct. Dan is het natuurlijk niet verwonderlijk dat weinig mensen reageren op een oproep. Volgens een onderzoek van het observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zouden die problemen nu opgelost zijn.

Mevrouw Roex heeft zelf een honderdtal personen uit de doelgroep opgebeld om te vragen of ze nu inderdaad een uitnodiging ontvangen. Slechts 38 percent van de ondervraagde vrouwen zegde een uitnodiging te hebben gekregen. Het is mogelijk dat de brief al eens zoek raakt tussen de reclame, maar desondanks blijft het percentage laag. Misschien

moet de zichtbaarheid van de brief verbeteren.

De participatiegraad aan Brumammo is maar 6,6 percent. Toch ondergaat 55 percent van de doelgroep effectief een mammografie. Dat cijfer verschilt niet veel van het Vlaamse. Dat betekent dat Brusselse huisartsen en gynaecologen goed doorverwijzen. Het is belangrijk om de rol van de huisartsen in de borstkankerpreventie in het oog te houden. In zijn verslag lanceert het Brusselse observatorium een oproep om de huisartsen samen te brengen om na te gaan hoe zij op een correcte manier kunnen meewerken aan het bevolkingsonderzoek. Welke stappen heeft de minister ondernomen om het probleem in Brussel op te lossen?

Uit de Brusselse situatie kan Vlaanderen veel leren. In Vlaanderen bestaan allicht ook problemen met de zichtbaarheid van de brief en ook daar verwijzen veel huisartsen correct door. De vraag is natuurlijk hoe er een synergie kan worden gecreëerd tussen de twee systemen. Mevrouw Roex denkt niet dat het ene systeem moet worden vervangen door het andere. Beide systemen mogen naast elkaar bestaan, maar een goede afstemming is dan wel noodzakelijk.

Mevrouw *Veerle Heeren* merkt op dat borstkanker spijtig genoeg de eerste doodsoorzaak is bij Vlaamse vrouwen. Preventie is belangrijk. In dat verband is de screening van de doelgroep tussen 50 en 69 jaar cruciaal. De centrale kwestie is dat men de doelgroep in de screeningscentra moet krijgen. Onder vrouwen wordt er op dit ogenblik vaker gesproken over borstkankerscreening omdat verschillende bekende Vlamingen de voorbije twee jaar de ziekte kregen.

Veel vrouwen weten niet dat een mammografie geen volledige zekerheid biedt. Soms is ook een echografie nodig. Het zou echter veel geld kosten om iedereen door te verwijzen voor een echo en bovendien zou het niet zo effectief zijn. Het is blijkbaar zinvoller om de doelgroep uit te breiden tot vrouwen vanaf 45 jaar. Borstkanker komt namelijk meer en meer voor op jongere leeftijd. Ze wil weten of de minister een verruiming van de doelgroep overweegt.

Uit een gesprek met gynaecologen heeft ze geleerd dat de overheid de doorverwijzing voor een echo niet oplegt of financiert. De gynaecologen vinden dat ze verplicht zouden moeten worden om de vrouw op de hoogte te brengen van de mogelijkheid om een echo te krijgen als de mammografie geen uitsluitsel geeft. Ze zeiden ook dat vrouwenborsten merkwaardig genoeg regionaal of etnisch verschillen. Door die regionale verschillen zou een verplichte echografie slechts beperkt renderen. Als een mammografie geen uitsluitsel geeft, moet de vrouw in kwestie geïnformeerd worden dat het aangewezen is een echo te

laten uitvoeren. In dat verband beveelt mevrouw Heeren de Leuvense professor Van Steen aan als deskundige.

Mevrouw *Sonja Claes* merkt op dat bij de preventie telkens dezelfde doelgroepen uitvallen. Een groot-schalige preventiecampagne bereikt de modale, hoger opgeleide Vlaming. Bij alle preventiecampagnes vallen de lagergeschoolden, de armen, de allochtonen uit de boot. Vaak zijn dat de mensen die de grootste gezondheidsrisico's lopen. Al deze doelgroepen gaan echter wel langs bij de huisarts. Zijn rol is dan ook cruciaal. Zou het preventiebudget niet bij voorrang ingezet moeten worden voor de moeilijker bereikbare doelgroepen? Als de moeilijkere doelgroep bereikt wordt, komt de boodschap ook wel terecht bij de modale Vlaming, vermoedt ze.

Mevrouw *Vera Van der Borgh*t verwijst naar het streven om het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot 69 jaar tegen 2012 doelmatiger te laten verlopen. Die gezondheidsdoelstelling bestaat uit drie aspecten: het is de bedoeling een dekkingsgraad van 75 percent te realiseren, bij een eerste screening minstens 25 percent en bij een vervolgscreening minstens 30 percent van kankers te vinden met een diameter van minder dan een centimeter en het aantal verwijzingen kleiner te houden dan vijf percent, om overbodige onderzoeken te beperken.

De leeftijd van de doelgroep wordt niet gewijzigd. Het kenniscentrum heeft uitgemaakt dat dit de belangrijkste screeningsgroep is, rekening houdend met de kosten en de baten. Het centrum vindt een uitbreiding van de doelgroep naar vrouwen vanaf 45 jaar niet wenselijk wegens de vele vals negatieve resultaten en wegens de negatieve gezondheidseffecten bij vrouwen van minder dan 50 jaar. Heel wat mensen hebben het er ook psychologisch moeilijk mee dat ze vanaf 70 jaar niet meer de moeite waard zijn om gescreend te worden. Nochtans overlijden ook na die leeftijd heel wat vrouwen aan borstkanker.

In het najaar van 2006 zou onderzoek verricht zijn naar de non-participatie van vrouwen uit de doelgroep. De resultaten van dat onderzoek zijn belangrijk om een goede dekkingsgraad te realiseren. Mevrouw Van der Borgh't wil weten of er al tussentijdse resultaten bekend zijn van dat onderzoek.

De minister wil dat de huisartsen vrouwen overtuigen om zich te laten screenen. Dat is heel belangrijk, want huisartsen komen ook in contact met kansengroepen. Zij hebben vaak een vertrouwensrelatie met hen. Ze is nieuwsgierig naar de visie van de minister op de rol van de huisarts, want de klassieke campagnes bereiken de kansengroepen nauwelijks. Worden

de ervaringsdeskundigen in de armoede betrokken in het proces om de kansengroepen te bereiken? Zij zijn toch de meest geschikte personen om advies te verstrekken over de manier waarop de kansengroepen bereikt kunnen worden?

De heer *Erik Tack* vindt het goed dat de minister de huisartsen wil betrekken bij de borstkankerscreening. Hij vindt het echter spijtig dat de pers daarvan het eerst op de hoogte werd gebracht. De *voorzitter* merkt op dat de minister dat voornemen al bekendgemaakt had in de commissie.

De heer *Erik Tack* vervolgt dat de huisartsen goed geplaatst zijn om een rol te spelen bij de verdere uitbouw van de systematische borstkankerscreening. Er wordt al veel geld besteed aan preventiestructuren maar tot nog toe worden de huisartsen daarbij te weinig betrokken.

Het aandeel van de evidence based screenings bij de doelgroep van 50 tot 69 jaar moet volgens de nota toenemen tot 80 percent. Het aandeel bereikte vrouwen moet dan weer toenemen tot 75 percent. Hoe kan de minister beide cijfers met elkaar rijmen?

Minister *Steven Vanackere* zegt dat de 75 percent verwijst naar de participatiegraad. De 80 percent verwijst naar het aandeel van de screenings, dus van de niet-diagnostische onderzoeken binnen het totaal. Eigenlijk is het de bedoeling het aandeel van de gewone screeningsmammografieën te maximaliseren.

De heer *Erik Tack* weet dat in 1999 en 2000 ongeveer 33 percent van de vrouwen zich liet onderzoeken met een diagnostische mammografie. In 2003-2004 bereikten de diagnostische en de screeningsmammografieën samen 56 percent van de doelgroep. Er is dus een toename van het aantal onderzochte vrouwen met 23 percent. Dat beperkte resultaat is een reden te meer om de huisartsen in te schakelen.

Hij vindt het verkeerd om te zeggen dat er zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken moeten gebeuren. Dat wekt immers de indruk dat artsen overbodige onderzoeken voorschrijven. Dat gebeurt echter niet, onderzoeken hebben altijd een grond. Overbodig is dus een verkeerde term. Het komt minister *Steven Vanackere* vreemd voor dat iemand van Vlaams Belang het bestaan van overbodig onderzoek tegenspreekt. In het debat over de medische consumptie in de verschillende landsdelen gebruikt die partij het woordodeloos onderzoek wel. Mevrouw *Marijke Dillen* repliceert dat het dan gaat over vastgestelde misbruiken waarbij eenzelfde onderzoek bijvoorbeeld verschillende malen uitgevoerd wordt bij dezelfde patiënt. Dat staat los van de huidige discussie. De heer *Erik Tack* zegt dat het in dat geval gaat om bijkomend onderzoek dat vals positieve mammogra-

fiën weerlegt. Die onderzoeken hebben niets aan het licht gebracht, maar waren evenmin overbodig. Minister *Steven Vanackere* bedoelde alleen dat het vertrouwen van Vlaams Belang in de artsen niet uit elk debat blijkt. Soms stelt die partij wel dat sommige artsen nutteloze onderzoeken laten uitvoeren.

De heer *Erik Tack* zegt dat ook op pagina 6 van het ontwerp van herziene gezondheidsdoelstelling inzake het bevolkingsonderzoek naar borstkanker sprake is van zogenaamd overbodige onderzoeken. Ook daar is echter een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts. Hij moet de angst zoveel mogelijk reduceren. Als – door de zogenaamd overbodige onderzoeken – blijkt dat er helemaal niets aan de hand is, kan de huisarts de angst wegnemen. Hij zou de term overbodige onderzoeken niet gebruiken. Onderaan pagina 7, in een kadertje, worden enkele doelstellingen geformuleerd. De laatste doelstelling is dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer bedraagt dan vijf percent zodat het aantal overbodige onderzoeken wordt beperkt. Hij zou daarvan maken: “zodat het aantal vervolgonderzoeken, gebaseerd op een achteraf vals positief gebleken screeningsmammografie, wordt beperkt”. Minister *Steven Vanackere* is het ermee eens dat die omschrijving duidelijker is.

De heer *Erik Tack* las dat men overweegt om de honorering van een screenings- en een niet-screeningsmammografie te nivelleren. Volgens de nota zijn sommige artsen ervan overtuigd dat een niet-screeningsmammografie leidt tot een diagnose. Dat zou moeilijker zijn en meer tijd kosten. Sommige radiologen spreken dat tegen en dat is logisch. Bij een diagnostische mammografie is er immers al een knobbelte te voelen. Vermits er al een klinische aanwijzing is, vindt de arts de knobbel snel terug op de foto. Als een radioloog een screeningsmammografie doet, is er nog geen bewijsmateriaal, er zijn alleen foto's. Dus moet hij langer kijken dan bij een diagnostische mammografie.

Sommige radiologen overtuigen de vrouwen die komen voor een screeningsmammografie, om aan hun huisarts een voorschrift te vragen voor een diagnostische mammografie. In dat geval spelen er financiële motieven. Dat vindt hij onaanvaardbaar. Is de minister zich ervan bewust dat een aantal radiologen de patiënten terugsturen naar hun arts om een voorschrift te halen voor een diagnostische mammografie? De verwijzende arts wordt dan onder druk gezet om een dergelijk papiertje te schrijven. Kan de minister daar onderzoek naar laten verrichten? Vindt hij het normaal dat die radiologen blijven meedraaien in het screeningsprogramma? Van een centrum dat is erkend als screeningsdienst, kan ten minste verwacht worden dat het loyaal is en dat het niet probeert om een screeningsmammografie om te zet-

ten in een diagnostische mammografie. Misschien is het goed om de screeningsmammografie en de diagnostische mammografie op dezelfde manier te honoreren.

Vanaf het najaar 2006 wordt er onderzoek verricht naar de non-participatie van de vrouwen uit de doelgroep. Hij vraagt wanneer dat onderzoek afgelopen zal zijn en wanneer de resultaten bekend zullen zijn.

Hij wil weten of er voldoende garanties zijn voor de anonimiteit in het registratiesysteem Heracles. Hoe kan men de namen van de personen terugvinden? Is elk misbruik uitgesloten? Die vragen had hij bij het gezondheidsinformatiesysteem (GIS).

De heer Tack heeft de indruk dat de huisartsen de gegevens sneller krijgen dan voorheen, maar gemiddeld duurt het nog altijd een drietal weken. Bij een echt agressieve kanker is dat best lang. Als een radioloog bij een eerste lezing een duidelijke maligniteit vindt, moet hij normaal de screeningsmammografie doorsturen voor een tweede lezing. Moet de arts de mensen dan doorsturen en nog een paar weken langer laten wachten? Als de arts zelf handelt, is er dan weer een vervalsing van de cijfers, die toch belangrijk zijn om het beleid te sturen. Toch is het volgens hem ethisch niet verantwoord om de patiënt drie weken op het resultaat te laten wachten. Misschien is het mogelijk om de behandeling van de patiënt niet uit te stellen en toch correcte gegevens te bekomen.

De minister wil artsen die doorverwijzen, belonen. Hij wil onderzoeken of de artsen zich niet te veel op die doelgroep richten. Hoe zal hij dat laten onderzoeken? Welke initiatieven wil hij precies nemen? Zal er met de federale overheid overlegd worden over de premie? Betaalt de Vlaamse Gemeenschap de premie alleen? Op welke basis zal de minister de premie bepalen? Zal dat afhangen van het aantal patiënten dat de arts doorverwijst? Zal dat gebeuren op basis van het aandeel van de doorverwijzingen binnen het totale aantal globale medische dossiers? Of zal dat een absoluut cijfer zijn? Hoe hoog zal de premie zijn? Zal hij afhankelijk zijn van het aantal patiënten dat doorverwezen wordt of is het een vast bedrag?

Is de minister van plan om de borstkankerscreening beperkt te houden tot de doelgroep tussen de 50 en de 69 jaar? In *The Lancet* is onlangs een artikel verschenen waarin stond dat screenings bij vrouwen vanaf 40 jaar aanbevelenswaardig zijn, weliswaar na afweging van de voor- en nadelen. Zou het niet nuttig zijn om de mammografie uit te breiden tot de personen ouder dan 70 jaar? Momenteel is er een discriminatie op basis van de leeftijd. De grenzen zijn allicht gebaseerd op epidemiologisch onderzoek

en op een afweging van de voor- en nadelen, de prijs en de te verwachten resultaten.

Minister *Steven Vanackere* wil eerst spreken over de rol van de huisarts in het preventiebeleid. In dat verband verkiest hij de term preventiebonus. Hij wil namelijk liever geen Engelse termen gebruiken, omdat men daarmee de indruk kan wekken dat het Engelse gezondheidssysteem wordt overgenomen, wat niet het geval is. In Engeland kunnen de artsen door de National Health Service beschouwd worden als werknemers. Hier is de organisatie helemaal anders.

De preventiebonus zal uiteraard niet alleen betrekking hebben op de borstkankerpreventie. De minister wil de huisartsen een centrale rol toebedelen in het algemene preventiebeleid van de Vlaamse Gemeenschap. De bonus is bedoeld om hen aan te moedigen tot participatie aan dat preventiebeleid. De minister insisteert op het feit dat dit geen prestatievergoeding is, in tegenstelling tot wat de heer Tack zei. Men hoeft niet per definitie te streven naar een grotere participatie aan screenings. In sommige preventiedossiers is er ook sprake van overscreening. Het is de bedoeling niet te veel en niet te weinig te screenen, een kwalitatief goed preventiebeleid te voeren op basis van de wetenschappelijke stand van zaken.

In een eerste fase ziet hij dit als een proefproject in één LOGO. In 2008 wordt daarvoor 150.000 euro uitgetrokken. Hij wil een projectplaats zoeken waar men een goed methodologisch resultaat kan verwachten. Dat betekent dat men kan beoordelen of er een significant verschil is tussen de artsen die in het systeem stappen en zij die dat niet doen. De minister wil in overleg met de sector nagaan wat goede kwalitatieve indicatoren zijn. Hij wil dat niet opleggen. Hij is op zijn hoede voor administratieve overbelasting. Uitgaande van een nulmeting moet men na een jaar kunnen vaststellen of er een verschil is tussen artsen die een bonus ontvingen, omdat ze bijvoorbeeld tot de 30 of de 50 percent besten behoorden inzake participatie aan het preventiebeleid, en de anderen.

Het model is nog in volle ontwikkeling. De minister is vast van plan om met het betrokken LOGO een goed protocol af te sluiten zodat men ook kan nagaan wat er gebeurt met de artsen die niet participeren. Het is in elk geval de bedoeling een 250-tal artsen te doen participeren aan het proces. De kostprijs van de organisatie van het model en van de wetenschappelijke ondersteuning is niet enorm, maar toch krijgen de artsen meer dan een aalmoes. Het bedrag zal significant zijn ter aanmoediging.

De minister is zich bewust van het fenomeen ‘cherry picking’. Brits wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het gevaar bestaat dat artsen hun patiënten

gaan kiezen in functie van resultaten op het vlak van het preventiebeleid. Daarom is het belangrijk dat ook de moeilijke groepen in de berekening van de vooruitgang worden geïntegreerd.

De heer *Erik Tack* zag deze week op een kaartje dat Ronse de beste score haalde van Oost- en West-Vlaanderen inzake de participatie aan de borstkankerscreening. Ronse is nochtans de armste gemeente van heel dat gebied. Men kan dus concluderen dat een laag socio-economisch profiel niet noodzakelijk tot lage participatie leidt. Voorwaarde is wel een voldoende medewerking van stimulerende artsen.

Minister *Steven Vanackere* repliceert dat hij tijdens de Dag van de Armoede in Gent hierover sprak met een vertegenwoordigster van een vereniging waar armen het woord nemen uit Ronse. Zij stelde dat de participatie van socio-economisch zwakke groepen aan de borstkankerscreening inderdaad problematisch laag is. Hij pleit voor voorzichtigheid, want regionale verschillen kunnen dwars doorheen een socio-economische realiteit lopen.

Vervolgens gaat hij in op de mogelijke rol van Brumammo. Dat centrum behoort tot de tweede lijn en komt dus pas in actie na de huisarts of de gynaecoloog. Mevrouw *Elke Roex* stelt daar tegenover dat het een instantie is die wel degelijk aan alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar een oproepingsbrief moet versturen, ongeacht hun deelname. Het probleem is dat het adressenbestand slechts voor 65 percent correct is. Zij beklemtoont dat Vlaanderen mee betaalt voor dit algemene opsporingsprogramma voor Brussel.

Minister *Steven Vanackere* antwoordt dat de screeningscentra zelf hun werkwijze kunnen kiezen. Zij kunnen iedereen aanschrijven of alleen diegenen die niet werden doorverwezen. Brumammo kiest voor het eerste. Het probleem lijkt hem te zijn wie men in Brussel moet aanschrijven als behorende tot een bepaalde gemeenschap. Mevrouw *Elke Roex* legt uit dat beide gemeenschappen samen Brumammo financieren. De brief is dan ook tweetalig. Het coördinatiecentrum krijgt de adresgegevens echter maar moeilijk los van het rijksregister. Men zegt dat die problemen opgelost zijn, maar haar ervaring leert het tegendeel. Zijzelf belde 100 vrouwen op van wie er maar 38 de brief kregen. Het verwondert haar dan ook niet dat slechts vijf percent van de doelgroep ingaat op de oproep. De Vlaamse Gemeenschap moet ingrijpen als ze vaststelt dat een vereniging zonder winstoogmerk (vzw) die ze mee beheert en betaalt, dergelijke gebreken vertoont. Minister *Steven Vanackere* belooft zich te informeren. Hij vraagt of mevrouw Roex wenst dat hij de samenwerking opzegt. Mevrouw *Elke Roex* antwoordt ontkennend. Ze wenst wel dat de minister ingrijpt en de werking verbetert. Minister *Steven Vanackere* be-

looft dit ter harte te nemen.

Mevrouw *Marijke Dillen* wil weten hoe men aan cijfers komt over de vrouwen die niet naar een screeningscentrum zijn geweest maar naar een privé-radioloog. Die zijn immers essentieel om de participatie van de doelgroep te kunnen bepalen. Ze stelde die vraag al eerder aan mevrouw Vervotte, die toen beloofde navraag te zullen doen. Mevrouw *Vera Van der Borgh* had begrepen dat de bezoeken aan de private radioloog van vrouwen tussen 50 en 69 jaar automatisch worden doorgegeven aan het screeningscentrum. Haar gynaecoloog zei in elk geval dat ze dit deed.

Minister *Steven Vanackere* ziet licht aan het einde van de tunnel. Sinds een jaar bestaat de private kankerstichting, een samenwerkingsverband tussen de federale overheid en de gemeenschappen, waar normaal gezien de radiologen de door mevrouw Dillen beschreven situatie zouden moeten melden. Er is echter geen verplichting.

Mevrouw *Sonja Claes* bevestigt dat de organiserende overheid inderdaad over twee mogelijkheden beschikt: ofwel iedereen aanschrijven ofwel zich laten informeren door alle erkende instanties en alleen de vrouwen aanschrijven die niet op eigen initiatief naar een radioloog gegaan zijn. Dat laatste gebeurde in Limburg en daar had men dus wel zicht op het hele plaatje.

Mevrouw *Marijke Dillen* vraagt vervolgens of ook de gegevens over andere leeftijdscategorieën aan de private kankerstichting worden doorgegeven. Zij wijst op de pleidooien om de leeftijd te verlagen. De meest agressieve vormen van borstkanker doen zich immers voor tussen 40 en 50 jaar en daar zou zelfs een jaarlijks onderzoek aanbevolen zijn. Als de minister over die gegevens beschikt, wil ze daar kennis van nemen.

Minister *Steven Vanackere* legt uit dat het bij de private kankerstichting niet alleen gaat over borstkanker en niet alleen over de doelgroep tussen 50 en 69 jaar. Maar aangezien de stichting nog maar een jaar bestaat zijn er nog geen cijfers die bruikbaar zijn voor beleidsanalyse. Dat moet echter zo vlug mogelijk worden gerealiseerd. De heer *Erik Tack* stelt dat er via de ziekenfondsen en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) wel cijfers bekend zijn over diagnostische mammografieën. Minister *Steven Vanackere* meent dat er, om verstandige conclusies te kunnen trekken, meer gegevens nodig zijn.

Inzake een eventuele uitbreiding van de doelgroep weet de minister dat een systematische borstkankerscreening in de leeftijdsgroep tussen 50 en 69 jaar

het sterftecijfer doet dalen met 30 percent na een regelmatige opvolging van zeven tot negen jaar. Dat is wetenschappelijk onderbouwd. Voor vrouwen tussen 40 en 49 jaar beschikt men thans slechts over beperkte indicaties over de reductie van het sterftecijfer. Hij heeft dit al uitgelegd in zijn toelichting. Het weefsel van de jongere vrouw geeft een grotere incidentie van vals negatieven. Daardoor zou een volledig bevolkingsonderzoekodeloze parcours opleveren terwijl de onzekerheid toch pas laat eindigt.

Mevrouw *Marijke Dillen* is het daar niet mee eens. Als men dit bij twijfel – om welke medische reden dan ook – onmiddellijk koppelt aan een echografie, dan sluit men dit uit. Minister *Steven Vanackere* antwoordt dat de echografie volgt als er een positief resultaat is. Mocht men dit automatisch doen bij twijfel, dan wordt de kostprijs heel wat hoger. Daarmee moet men rekening houden, als men de echografie structureel wil inzetten in de strijd tegen vals negatieven.

Daarbij komt nog de potentieel negatieve impact van de screening op de gezondheid door het stralingsrisico. Er bestaat een uitgebreide set epidemiologische gegevens over de inductie van borstkanker door röntgenstraling. Hij beseft dat men voorzichtig moet omgaan met dit verhaal, want men kan er hele bevolkingsgroepen mee demotiveren. De genoemde gegevens zijn hoofdzakelijk gebaseerd op patiënten bij wie de borsten herhaaldelijk hoge dosissen van die straling toegediend kregen door langdurige fluoroscopie, het maken van bewegende beelden van de thorax bij de behandeling van longtuberculose. Op basis daarvan schat men het risico voor een vrouw in de leeftijdsgroep tussen 50 en 60 jaar op 14 per 100.000 screenings. Voor de groep van 60 tot 70 jaar bedraagt het 10 per 100.000 screenings. Voor deze risicoschattingen werden de stralingsdoses gehanteerd zoals die nu van toepassing zijn binnen het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Bij vrouwen onder de 50 jaar stelt men vast dat het risico van deze stralingsdosis correspondeert met de dosis die iedereen gedurende een kwartaal krijgt van natuurlijke stralingsbronnen als kosmische straling. Het is onduidelijk of het risico van de bestraling opweegt tegen de niet perfect gekende daling van de mortaliteit. Een veralgemeende screening voor deze groep leidt dus tot een onvoldoende grote daling van de mortaliteit.

Mevrouw *Marijke Dillen* meent dat men een beter beeld zou krijgen als men zou overstappen naar de digitale mammografie, waarbij de straling aanzienlijk beperkter is. Ze is geïnteresseerd in cijfers over de overschakeling van de screeningscentra naar deze technologie. Het is in elk geval belangrijk om de groep van vrouwen tussen 40 en 50 jaar te wijzen op

die mogelijkheid, desnoods op eigen kosten. Het is immers precies in die groep dat die agressieve vorm van kanker meer en meer voorkomt. Minister *Steven Vanackere* stelt dat het actieplan precies daarom de digitale mammografie vermeldt. Vandaag is 45 percent van de screeningscentra met deze technologie uitgerust en om de drie maanden komt er een nieuw centrum bij.

Mevrouw *Elke Roex* herinnert eraan dat artsen met zin voor verantwoordelijkheid ook individuele preventieprogramma's kunnen uitschrijven voor bepaalde patiënten. Dat werkt heel efficiënt, leert de ervaring. Ze denkt daarbij aan vrouwen bij wie een erfelijke genmutatie is gevonden, bij wie veel gevallen van borstkanker voorkomen in de familie of die een heel dicht klierweefsel hebben of veel cysten in hun borsten. De winst bij die individuele opvolging is zeer groot, maar men moet oppassen met een veralgemening naar de hele bevolking, waar de gezondheidswinst wellicht niet zo groot is.

Minister *Steven Vanackere* vindt de verwoording door mevrouw Roex perfect. Dan gaat hij in op de regionale verschillen. Het is bekend dat er verschillen zijn in de incidentie van borstkanker naargelang de etnie. Sommige bevolkingsgroepen die uit andere werelddelen afkomstig zijn, bijvoorbeeld Surinaamse vrouwen, hebben een veel lagere incidentie van borstkanker dan westerse vrouwen. De verhouding tussen de risico's van de screening ten gevolge van de straling en de daling van de mortaliteit is dus niet voor elke bevolkingsgroep dezelfde.

Verder erkent de minister dat het beleid bijkomende aandacht moet besteden aan moeilijk bereikbare groepen. De beste beoordelaars zijn hier wellicht de mensen van de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen.

Voor de vrouwen van meer dan 70 jaar, die zich volgens mevrouw Van der Borgh t afgeschreven zouden kunnen voelen, moet de minister hetzelfde verhaal vertellen als voor de vrouwen onder de 50 jaar. Buiten de groep van 50 tot 69 jaar zijn er, om een bevolkingsonderzoek te verantwoorden, onvoldoende aanwijzingen dat er op bevolkingsniveau winst kan worden geboekt in kwaliteitsvolle levensjaren. Dat betekent echter niet dat gemotiveerde vrouwen die te maken hebben met bepaalde risicofactoren, individueel niet het initiatief kunnen nemen om zich te laten screenen. Die preventie speelt zich echter af binnen de relatie met de arts.

Mevrouw *Elke Roex* merkt op dat tumoren sneller groeien bij jonge vrouwen. Een tumor die na de leeftijd van 69 jaar wordt ontdekt, zal wellicht pas 15 jaar later een probleem vormen. Ook dat moet in rekening worden gebracht. Soms is de levenskwaliteit

teit hoger als men de tumor laat zitten. Mevrouw *Vera Van der Borgh t* is best bereid om dat te geloven. Dat neemt niet weg dat er boven de 70 jaar nog heel wat vrouwen sterven aan borstkanker. Zelfs als het kosten-batenverhaal klopt, moeten mensen in elk geval geïnformeerd worden waarom ze na de leeftijd van 70 jaar niet meer uitgenodigd worden. Mevrouw *Marijke Dillen* merkt op dat de vrouwen zelf ook initiatieven moeten nemen.

Minister *Steven Vanackere* waarschuwt voor een redeneringsfout. Het is niet omdat de school het eten van groenten en fruit aanmoedigt, dat men er na de schoolleeftijd maar moet mee stoppen. Vanaf een bepaald ogenblik wordt er geen actie meer ondernomen op bevolkingsniveau, maar veronderstelt men dat het individu zijn verantwoordelijkheid opneemt. Daarom is het aangewezen om eerst het bereik te vergroten binnen de doelgroep waarvoor bewezen is dat een reductie van de sterfte met 30 percent mogelijk is. Dat neemt niet weg dat het nuttig kan zijn om, in relatie met huisarts of gynaecoloog, een individueel screeningsprogramma af te spreken.

Het actieplan onderschrijft de opvatting dat het honorarium voor een diagnostische mammografie en voor een screeningsmammografie hetzelfde zou moeten zijn. Dat is een RIZIV-materie. Deze kwestie zal door de minister worden aangekaart op de interministeriële conferentie.

Gegevens over het onderzoek naar non-participatie zullen pas volgend jaar beschikbaar zijn. De anonimiteit wordt gevrijwaard door het dubbele versleutingsalgoritme. Hij veronderstelt verder dat de huisarts bij een klaarblijkelijke maligniteit zijn patiënt bijstaat om snel een tweede diagnose mogelijk te maken. De heer *Erik Tack* meent dat de minister hem verkeerd begrepen heeft. Hij had het over de vrouwen bij wie na een screeningsmammografie duidelijk een kwaadaardig letsel wordt vastgesteld. Volgens de procedure moet de radioloog eerst nog een tweede lezing vragen. Daarmee worden kostbare weken verloren, want de diagnose is eigenlijk al bekend. Als de radioloog om die reden de screening meteen diagnostisch maakt, worden de registratiecijfers misvormd. Is het niet mogelijk om tegelijk de juiste resultaten te garanderen en tijdverlies te voorkomen?

Mevrouw *Elke Roex* merkt op dat de radioloog de betrokkene direct zal doorverwijzen voor een echografie en een punctie. De tweede lezing in het screeningsprogramma is voor twijfelgevallen. Verschillende kwaliteitsrichtlijnen spelen door mekaar. Minister *Steven Vanackere* vult aan dat de radioloog ook kan participeren aan de private registratie door de kankerstichting. Hij wordt daartoe trouwens aangemoedigd. Andermaal blijkt dat bevolkingsonder-

zoeken nooit in de plaats kunnen komen van de individuele verantwoordelijkheid van radiologen, gynaecologen, huisartsen en patiënten. Hij neemt het erbij dat de cijfers in deze gevallen minder exact worden.

Mevrouw *Elke Roex* vindt het systeem van de preventiebonus heel goed. In Brussel bestaan er al twee dergelijke bonussen. De bonus voor de vaccinatiegraad is goed ingeburgerd en levert geen problemen op. Is de minister van plan om contact op te nemen met zijn collega van de Franse Gemeenschap? De Vlaamse artsen in Brussel werken namelijk niet alleen voor de Nederlandstalige doelgroep.

Minister *Steven Vanackere* is het ermee eens dat het beleid van de Vlaamse Gemeenschap ook in Brussel toepasbaar moet zijn. Voor een eventuele veralgemening wil hij de preventiewinst onderzoeken in een proefproject. Met de cijfers in de hand wil hij een gesprek aangaan met de andere gemeenschap, opdat het systeem optimaal zou functioneren in de hoofdstad. Er bestaat immers geen gemeenschapskeuze in Brussel, behalve dan voor politici. Het ontbreken van preventiewinst zou trouwens aantonen dat de participatie van de huisartsen aan de preventieinspanningen van de Vlaamse Gemeenschap vandaag al optimaal is. Hij wil echter niet vooruitlopen op de resultaten. Toch is hij ervan overtuigd dat de bonus de aandacht zal trekken en de populatie nog beter zal betrekken bij de wetenschappelijk onderbouwde keuzes van het Vlaamse preventiebeleid.

Ten slotte bevestigt hij dat hij met de preventiebonus binnen zijn bevoegdheid blijft, aangezien die bonus niet prestatiegebonden is. Het doorsturen van patiënten van de screenings- naar de diagnostische mammografie, valt onder de controle van het RIZIV. De heer *Erik Tack* preciseert nog dat het onderzoek zelf niet overbodig is. Door die beweging valt het echter onder een ander systeem en een andere honorering. Minister *Steven Vanackere* antwoordt dat het actieplan om die reden pleit voor eenzelfde honorarium. De heer *Luc Martens*, voorzitter, wijst in dit verband op de deontologie van de arts.

3. Stemming

De gezondheidsdoelstelling inzake het bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt unaniem goedgekeurd met 10 stemmen.

De verslaggever,

Tom DEHAENE

De voorzitter,

Luc MARTENS
